

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ARTHROPATHIES TABÉTIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Février 1921

PAR

Auguste DOUSSIN

Né à Yquelon (Manche), le 25 septembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DUCAMP, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		VEDEL, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		EUZIERE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ARTHROPATHIES TABÉTIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ARTHROPATHIES TABÉTIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Février 1921

PAR

Auguste DOUSSIN

Né à Yquelon (Manche), le 25 septembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	DUCAMP, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
	VEDEL, professeur.		
	LEENHARDT, agrégé.		
	EUZIERE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRE.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET.
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Anatomie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE.
		DELMAS (J.)			MESTREZAT
Histologie	{	GRYNFELT.	Chimie	{	PECH.
			Physique		

Examineurs de la thèse:

MM. DUCAMP, professeur, <i>président</i> .		MM. LEENHARDT, agrégé.
VEDEL, professeur.		EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A. DOUSSIN.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A. DOUSSIN.

AVANT-PROPOS

En terminant notre vie d'étudiant, notre pensée s'en va tout naturellement vers notre mère dont l'abnégation nous a permis d'atteindre le but que nous nous étions proposé. Sans elle, nous n'eussions jamais pu entreprendre, poursuivre et terminer nos longues études médicales. Privée du concours efficace de notre père, trop tôt ravi à l'affection des siens, elle n'en a pas moins continué seule son œuvre et cela avec un courage digne des plus grands éloges. C'est donc à elle que nous adresserons d'abord l'expression de notre vive gratitude et de notre profond amour filial.

A notre sœur, qui nous a toujours entouré de cette amitié particulière qu'ont les aînés pour leurs cadets, nous traduirons également, et de façon bien cordiale, notre reconnaissance.

A notre fiancée, qui nous apporta sur la fin de nos études le précieux réconfort de sa tendre affection, nous offrirons l'hommage respectueux de nos meilleurs sentiments.

Que nos maîtres, qui ont eu charge de nous instruire, veuillent bien trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

VIII

Au seuil de notre carrière médicale, nous éprouvons une joie profonde à la pensée de vivre notre nouvelle existence en des lieux qui nous sont familiers, près de l'endroit qui nous vit naître et où nous passâmes notre heureuse enfance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ARTHROPATHIES TABÉTIQUES

I. — INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer récemment deux cas d'arthropathies tabétiques typiques, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'apporter notre modeste contribution à l'étude de cette affection.

Après avoir exposé dans le détail nos deux observations, nous nous sommes donc efforcés de dégager, d'une façon aussi nette que possible, les caractères cliniques des manifestations articulaires du tabes, d'indiquer leur pathogénie toujours assez obscure, mais surtout nous nous sommes appliqués à faire ressortir clairement les signes distinctifs qui permettent de différencier les arthropathies tabétiques des arthrites reconnaissant une autre origine, car un diagnostic précoce est toujours la condition *sine qua non* d'une bonne thérapeutique. Enfin, nous avons envisagé, dans les deux derniers chapitres, le pronostic et le traitement de l'affection ; pronostic ordinairement

grave et traitement malheureusement trop souvent inefficace.

Malgré que la question des arthropathies tabétiques paraisse avoir été étudiée d'une façon très complète, depuis le mémoire fondamental de Charcot, en 1868, par des cliniciens éminents comme Ball, Blum, Arnozan, Talamon, Debove, Marie..., elle est loin d'être tout à fait épuisée. Bien des points obscurs subsistent encore, principalement au point de vue pathogénique et thérapeutique. Cette question demeure donc quand même d'actualité. Neurologistes et chirurgiens, qu'elle intéresse à des égards différents, l'ont bien compris; c'est ce dont témoignent les travaux récents de Marinesco, Sicard et Roger, Delbet, Sabrazes. Quant à nous, en nous basant sur ces données récentes, nous avons eu pour but de fournir, avec nos deux observations inédites comme exemples, un aperçu général de la question, au point où elle en est actuellement.

II. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme A. B..., 58 ans, entre, dans le service de M. le professeur Mairat, le 5 décembre 1920, pour impotence fonctionnelle totale et asthénie générale.

A la suite d'un accouchement, il y a vingt-trois ans, la malade a eu une phlébite l'immobilisant au lit durant près de cinq mois.

Un an après, avortement de sept mois avec grosse hémorragie, phlébite et syncopes fréquentes.

A peu près vers la même époque, la malade s'est plaint de douleurs vives, à caractère fulgurant dans tout le corps, douleurs en ceinture du thorax.

Mme A. B... avait de la peine à marcher, car ses jambes se dérobaient sous elle, et ne pouvait se tenir debout les yeux fermés ou la nuit. Pendant la marche, elle avait la sensation de craquements dans les articulations du membre inférieur.

Constipation. Polyurie. Incontinence d'urines.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire à 26 ans. Mère morte, il y a peu de temps, d'une attaque d'apoplexie.

La malade nous dit que du côté maternel tout le monde est mort d'attaques.

Frère aîné en bonne santé.

Frère plus jeune, bacillaire.

Antécédents personnels. — Fille, âgée de 18 ans, en bonne santé. Un fils plus jeune mort à l'âge de 8 mois, probablement de méningite tuberculeuse.

Un avortement à sept mois, deux ans après la naissance de son dernier enfant.

Fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans.

A de nombreuses reprises, la malade a présenté une furonculose intense. Eczéma à répétition.

ETAT ACTUEL. — A son entrée à l'hôpital, Mme A. B... nous dit qu'elle souffre depuis huit jours de douleurs gastriques, fait des efforts pour vomir et ne peut y arriver.

Douleurs fulgurantes dans tout le corps, douleurs en ceinture de la partie inférieure du thorax.

La malade qui, pour marcher, se sert de cannes, projette vivement le pied en avant, talonne. La marche n'est possible que les yeux fixés vers un but éloigné.

L'équilibre déjà difficile sur les deux jambes est totalement impossible sur une jambe.

Le signe de Romberg est très franchement positif.

A l'inspection, la malade nous présente le pied plat tabétique typique.

Les deux genoux, très augmentés de volume sont globuleux. La tuméfaction paraît s'irradier aux régions avoisinantes.

Les parties molles péri-articulaires sont infiltrées de sels calcaires et, à la palpation, on sent des néoformations dures, surtout dans le creux poplité.

La mobilité des genoux est augmentée, et l'on est devant un véritable genou ballant, les mouvements de latéralité sont possibles, de même que l'hyperextension.

La mobilisation, complètement indolore, fait entendre des craquements au niveau des articulations.

Cette arthropathie tabétique aurait débuté brusquement chez notre malade qui s'étant endormie le soir avec de légers fourmillements dans les jambes, se réveilla le lendemain matin avec des genoux volumineux et un œdème très marqué allant de la racine des cuisses à la pointe des orteils.

Hypotonie très marquée, surtout aux membres inférieurs.

Le sens musculaire est à peu près normal.

Force musculaire à peu près nulle au niveau de la plupart des groupes de muscles.

Réflexes patellaires, achilléens et olécraniens, abolis.

Réflexe radial très affaibli.

Babinski en extension.

Réflexe cutané abdominal absent.

Les pupilles en myosis ne réagissent pas à la lumière, mais réagissent à l'accommodation et à la convergence.

La sensibilité tactile, douloureuse et thermique est conservée.

La sensibilité profonde est abolie au niveau du tibia et du tendon d'Achille.

Appareil respiratoire. — Toux sèche, semblable à la toux gastrique.

Thorax globuleux.

A la palpation, les vibrations sont très diminuées.

A la percussion, résonnance exagérée.

A l'auscultation, l'inspiration est brève, humée; l'expiration prolongée; quelques râles sibilants; légère pectoriloquie.

Appareil circulatoire. — Pouls petit à 100.

Tension artérielle (au Vaquez-Laubry): Mx, 14; Mn, 10.

A l'auscultation, souffle systolique et couvrant le petit silence à la pointe.

Le deuxième bruit est clangoreux à l'aorte.

Appareil digestif. — Langue saburrale; anorexie; douleurs gastriques; nausées; constipation.

Appareil génito-urinaire. — Polyurie; incontinence d'urines; ménopause normale, il y a sept ans.

Réaction de Wassermann, positive il y a trois ans.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du Dr Jaillet)

S. H..., 51 ans, nous dit qu'il y a vingt et un ans, il s'est aperçu que lorsqu'il rentrait chez lui, la nuit, il avait de la peine à se tenir debout et était obligé de s'appuyer aux objets environnants.

A cette époque-là, le malade fut examiné en Suisse par un docteur, dont il ne peut nous dire le nom. Celui-ci lui faisant faire de l'exercice à la Fournier, s'aperçut que son sens d'orientation dans l'espace était atteint. Le Romberg était positif et il existait quelques troubles de la marche.

Le malade ne suivit aucun traitement et la maladie évolua d'ailleurs assez lentement et S. H..., à plusieurs reprises, eut des crises gastriques et souffrit de douleurs fulgurantes; à l'époque de ces crises, il commença à se faire des injections de morphine qu'il n'a pas cessé depuis.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans à la suite d'une attaque d'apoplexie, alcoolique.

Mère morte à 57 ans de néoplasme utérin.

Deux frères en bonne santé.

Une sœur morte, à l'âge de 6 ans, de diphtérie.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 12 ans.

Oreillons durant son service militaire.

Chancre induré à l'âge de 24 ans, le malade a suivi un traitement mercuriel malgré lequel des accidents secondaires firent leur apparition.

Le malade, marié à l'âge de 27 ans, sa femme eut deux fausses couches : la première un an, la deuxième deux ans après son mariage et les premiers symptômes ont apparu six mois après l'accouchement de sa femme (enfant mort-né).

ETAT ACTUEL. — Depuis quelques temps, le malade ressentait des craquements dans son épaule droite, mais malgré cela, il n'a ressenti à aucune époque de douleurs dans cette articulation.

L'inspection nous montre un malade présentant une atrophie de l'épaule très nette avec aplatissement complet de la face antérieure, les masses musculaires du membre supérieur sont très atrophiées et la force musculaire est nulle.

Les pieds du malade sont en extension et présentent une disparition très nette de la voûte plantaire.

Le malade steppe en marchant.

Les troubles de l'équilibration volutionnelle sont très marqués, et S... qui se tient assez facilement debout sur les deux jambes, ne peut garder son équilibre sur une ; le Romberg est très nettement positif.

Hypotonie très marquée surtout au niveau des membres inférieurs.

Les réflexes patellaires olécraniens, achilléens, sont abolis ; le réflexe périosté radial est très affaibli.

Réflexe de Babinski en extension à droite et silence à gauche.

Le réflexe crémastérien est aboli.

Le réflexe cutané abdominal est très faible.

La sensibilité tactile est légèrement affaiblie et la sensibilité douloureuse paraît normale.

La sensibilité thermique est conservée.

La sensibilité profonde est abolie au niveau du tibia, du tendon d'Achille et des testicules.

Il existe de l'anesthésie vibratoire assez marquée au niveau de l'articulation atteinte, de plus, il existe au niveau de cette articulation une hyperthermie nette (31°4 à gauche, 33°6 à droite).

Le signe d'Argyll-Robertson est très nettement positif.

Un examen du fond de l'œil révèle une atrophie de la papille.

Une radiographie de l'articulation intéressée a montré la disparition à peu près complète des surfaces articulaires ce qui, à l'examen du malade, est montré par une grande laxité des ligaments et la possibilité de mouvements irréalisables chez l'individu normal.

Appareil génito-urinaire. — Pollakiurie; l'examen des urines a révélé une légère albuminurie.

À l'examen, la prostate est volumineuse et le malade, à trois reprises, faisant de la rétention, a été obligé de se faire sonder.

Appareil digestif. — Douleurs gastriques, sensation de gêne après le repas; constipation.

Appareil respiratoire. — Le malade nous dit tousser depuis sept ans et l'examen nous le révèle emphysémateux.

Appareil circulatoire. — Le pouls petit, filant, est à 96.

La pression artérielle, prise avec le sphygmotensiomètre de Vaquez-Laubry, donne Mx, 12; Mn, 8 1/2.

À l'auscultation, les bruits sont sourds et on note l'existence de souffle doux systolique.

III. — ETUDE CLINIQUE

L'histoire des arthropathies tabétiques est française et c'est, en 1868, que Charcot, pour la première fois, donna une étude détaillée de cette affection.

Les Allemands ne voulurent que beaucoup plus tard reconnaître l'origine française de cette étude. Les Anglais, au contraire, la dénommèrent tout de suite « maladie de Charcot ».

En 1883, Charcot et Féré firent une étude détaillée, encore restée classique, sur le pied tabétique.

J. Abadie fit, en 1900, paraître un important travail sur les ostéo-arthropathies vertébrales dans le tabes.

Les autopsies fréquentes et les progrès de la radiographie ont fait faire un grand pas à l'étude de cette maladie qui se rencontre très fréquemment dans la pratique journalière.

Habituellement, l'arthropathie tabétique débute brusquement: pendant la nuit l'articulation grossit, le genou par exemple devient globuleux, le malade ne ressent aucune douleur.

D'autres fois, c'est à la suite d'un léger traumatisme et Chipault, dans une étude déjà ancienne sur cette affection, rapporte un cas d'arthropathie tabétique du poignet à la suite d'une fracture du radius produite par une chute sur la paume de la main.

D'autres fois enfin, le début est insidieux et un interrogatoire précis fait retrouver, dans l'histoire de la malade, une période latente.

L'articulation présente un aspect caractéristique, volumineux, globuleux, le gonflement ne se localise pas toujours à l'articulation et tout le membre peut être pris, ayant un aspect éléphantiasique.

Les cas d'arthropathies du genou ayant débuté par un œdème de la cuisse et de la jambe, ne sont pas rares.

Le gonflement présenté par ces segments de membre a un caractère particulier : œdème dur qui ne garde pas ou garde mal le godet imprimé par la pression du doigt ; à la palpation, les tissus donnent l'impression d'une infiltration résistante, fibroïde, tout à fait spéciale.

La mobilité de l'articulation est exagérée et si au niveau du genou les mouvements de latéralité et l'hyperextension sont possibles, au niveau du membre supérieur l'épaule peut subir une torsion de plusieurs tours.

Des craquements existent au niveau de l'articulation.

Un caractère très important est l'indolence absolue au cours des mouvements actifs ou passifs, c'est là où se retrouverait l'explication de l'impotence fonctionnelle faible par rapport aux désordres apparents que présentent les membres.

Les cas d'arthropathie douloureuse au début s'accompagnant de fièvre et de rougeur locale sont rares. Fort, dans sa thèse, n'en cite que deux cas.

Parmi les arthropathies tabétiques, nous devons distinguer deux formes, la forme atrophique se présentant surtout au niveau de la racine des membres, des articulations de l'épaule et de la hanche, la forme hypertrophique qui frappe électivement l'articulation du genou.

Dans la première de ces formes, il y a usure avec des-

truction et résorption des extrémités articulaires et la possibilité d'une pseudo-luxation, si l'on a affaire à l'articulation de l'épaule et à celle de la hanche.

Dans la forme hypertrophique, la forme de la jointure est tout à fait différente et, à l'inspection, on est surtout frappé par l'augmentation considérable des parties osseuses, cette augmentation n'est souvent qu'apparente et si l'on fait faire une radiographie de la région, on s'aperçoit que les os sont à peine augmentés de volume, mais il existe un épaissement considérable des parties molles qui sont infiltrées de sels calcaires et de véritables plaques osseuses, opaques aux rayons X et les surfaces articulaires sont bourrées d'ostéophytes.

La tendance à l'ossification est si marquée qu'elle a été appelée myosite osséifiante tabétique (Wilms nous cite le cas d'ossification des capsules articulaires et des muscles péri-articulaires dans deux articulations coxo-fémorales).

Cette myosite a donné lieu à de nombreuses controverses et l'opinion de Nicoladoni a prévalu, cet auteur a assimilé la myosite osséifiante tabétique à une trophonévrose. La forme hypertrophique peut frapper l'articulation de la hanche, et Baylac nous en rapporte un cas.

EVOLUTION. — L'arthropathie tabétique appartient à la période ataxique, mais aussi à la période pré-ataxique et frappe surtout l'articulation du genou.

La marche de cette affection est variable et, dès son premier travail sur cette question, Charcot a distingué une forme bénigne et une forme grave.

La forme bénigne débute brusquement, le gonflement et l'épanchement sont assez importants, mais habituellement il y a résorption graduelle et même on a cité des cas de résorption très rapide (Chipault nous a cité le cas d'un

volumineux épanchement qui n'a eu qu'une durée de vingt heures).

Dans la forme grave, au contraire, le gonflement persiste pendant des mois sans diminuer, les désordres au contraire s'aggravent, l'impotence du malade augmente de jour en jour et devient rapidement totale sans grand espoir de notable amélioration.

COMPLICATIONS. — Cette affection n'évolue pas seule et fréquemment des complications viennent se surajouter et parmi celles-ci, nous envisagerons surtout l'hydarthrose et l'hémarthrose.

Debove avait émis l'hypothèse qu'il s'agissait d'une hydarthrose aiguë avec éclatement de la synoviale et diffusion du liquide articulaire dans les tissus mous environnants, et là serait l'explication des collections péri-articulaires que l'on rencontre assez fréquemment. Mais le liquide que l'on trouve est épais et filant, se prêtant mal à une infiltration mécanique et l'œdème serait plutôt un œdème trophique.

Dans certains cas, il ne s'agirait pas seulement d'une hydarthrose mais d'une hémarthrose qui paraît jouer un rôle important dans l'évolution de l'arthropathie tabétique.

Morestin, dans un compte rendu datant de 1907, dit avoir observé trois cas d'hémarthroses dans des ponctions faites peu de jours après le moment de la cure révélatrice généralement considérée comme le début de l'affection. Dans ce rapport l'auteur cite l'opinion de Sydney Lloyd qui considère comme fréquent le caractère hémorragique de l'épanchement.

Cette hémarthrose peut être primitive et se développer à la suite d'un traumatisme insignifiant, dans d'autres cas au contraire, elle n'est que secondaire.

Ces épanchements, qu'ils soient sanglants ou non peuvent eux-mêmes présenter une complication s'ils sont trop tendus, il peut y avoir rupture d'une capsule articulaire, incident qui parfois nécessite une intervention chirurgicale.

A côté, nous devons citer les luxations, les pseudarthroses et les ankyloses pouvant se développer chez des arthropathiques.

Nous insisterons surtout sur les complications infectieuses de ces arthropathies.

Chipault, en 1894, les a divisées en arthropathies tropho-tuberculeuses et arthropathies tropho-suppurées (elle-même divisée en une forme suppurée aiguë et une forme nécrotique).

La forme tropho-suppurée peut reconnaître comme origine une ponction septique, d'une plaie voisine, d'une articulation ou d'une synoviale péri-articulaire suppurée.

Dans d'autres cas, on doit au contraire incriminer une infection lointaine transmise par voie sanguine. Dans l'urétrite et la pneumonie, la forme nécrotique siège surtout au niveau des petites articulations.

IV. — PATHOGENIE

On admet généralement — et d'ailleurs il en était ainsi chez les malades dont les observations ont servi de base à cette étude — que les lésions articulaires du tabes ne sont pas simplement des lésions articulaires, mais qu'elles ont primitivement intéressé les épiphyses osseuses, les lésions des articulations s'étant produites à la suite et à cause des altérations des os. Charcot, le premier a établi la parenté intime, au point de vue pathogénique, des arthropathies et des fractures spontanées chez les tabétiques. Il a montré que c'étaient là deux effets résultant d'une même cause d'une même lésion osseuse, raréfiante, à siège tantôt diaphysaire, tantôt épiphysaire. L'ostéo-arthropathie tabétique est donc un trouble trophique reconnaissant la même origine que les autres troubles trophiques du tabes, si nombreux et si variés, qu'ils intéressent le système musculaire (amyotrophies), la peau (escarres fessières, maux perforants plantaires), ou ses annexes (chute spontanée des ongles, des dents). D'ailleurs, ce qui montre bien le rôle primordial joué par le système nerveux dans la pathogénie des arthropathies tabétiques, c'est l'existence constante d'anesthésie ou tout au moins d'hypoesthésie profondes au niveau des extrémités osseuses voisines des articulations lésées. Dans des recherches récentes sur la sensibilité vibratoire, Marinesco a bien étudié ce côté de la question.

Mais si nous admettons que les arthropathies tabétiques sont le résultat d'un trouble trophique, il serait bon de définir exactement ce que l'on entend par trouble trophique. Un trouble trophique est un trouble de la nutrition des tissus. Normalement, cette nutrition est maintenue dans un état d'équilibre par l'action régulatrice du système nerveux. Il y a en effet des nerfs qui règlent les échanges nutritifs dans l'intimité même des tissus. Supposons une lésion de ces filets nerveux, ou des troncs nerveux dont ils émanent, ou encore des centres, dits « centres trophiques », situés dans l'axe cérébro-spinal, et dont dépendent ces troncs nerveux. Il se produira des troubles plus ou moins graves dans la nutrition des tissus du territoire correspondant. Bien plus, une lésion des conducteurs centrifuges ou des centres trophiques eux-mêmes n'est même pas nécessaire pour la production des troubles trophiques. Pour que les centres trophiques exercent d'une façon constante leur action sur les tissus, il faut que des excitations constantes leur soient transmises de la périphérie par la voie des nerfs sensitifs : ainsi se trouve réalisée une sorte d'« équilibre trophique ». Il suffira donc d'une lésion des nerfs sensitifs pour amener des troubles de la nutrition ou troubles trophiques. Nous verrons plus loin toute l'importance de ce dernier point.

Les arthropathies tabétiques étant donc d'origine nerveuse, il serait intéressant de savoir en quelle région du système nerveux, central ou périphérique, il convient de localiser la lésion causale. Charcot crut pouvoir localiser cette lésion au niveau des cellules des cornes antérieures. Il a été prouvé depuis par divers auteurs (Pierret, Pitres et Vaillard, Déjerine), qu'on doit incriminer surtout dans la production des troubles trophiques les névrites périphériques. Pour étayer leurs assertions, ces auteurs se

sont basés sur plusieurs autopsies de tabétiques atteints d'ostéo-arthropathies, chez lesquels ils ont trouvé des altérations des nerfs périphériques, coexistant avec une parfaite intégrité des centres.

Mais, comme nous l'avons indiqué plus haut, dans certains cas ces lésions nerveuses périphériques doivent porter principalement sur les nerfs sensitifs. Ce qui tendrait à le prouver, c'est l'apparition fréquente de l'arthropathie tabétique, immédiatement après un redoublement des douleurs fulgurantes. Il en a été ainsi au moins chez la première de nos malades.

V. — DIAGNOSTIC

Nous envisagerons le diagnostic positif et le diagnostic différentiel.

1° *Diagnostic positif.* — Au début, il est parfois difficile à établir nettement, car l'arthropathie tabétique apparaît souvent de très bonne heure, en général avant que s'établisse l'incoordination des mouvements. Et dans les cas d'arthropathies tabétiques très précoces, on est quelquefois éloigné de songer au tabes.

Cependant, en présence d'une volumineuse arthropathie à début brusque, indolente et non fébrile, survenant chez un individu ayant dépassé la quarantaine, il y a toujours lieu de rechercher d'une façon systématique les signes premiers de l'ataxie locomotrice : signes de Westphal et d'Argyll-Robertson, troubles sensoriels, en particulier l'atrophie optique se manifestant d'ordinaire précocement par un rétrécissement concentrique du champ visuel et une diminution progressive et spontanée de la vision.

Plus tard le diagnostic sera rendu plus facile, au fur et à mesure qu'évoluera la maladie. L'indolence des lésions, la lenteur de leur évolution, la distension énorme et progressive de la capsule articulaire, l'empâtement considérable de tout le membre correspondant, le jeu anormal de l'articulation établiront d'une façon sûre le diagnostic

d'arthropathie tabétique. D'ailleurs, à cette époque, les troubles de la démarche et le signe de Romberg seront là pour appuyer ce diagnostic.

Enfin, la radiographie nous fournira toujours un appoint d'une utilité incontestable, en nous renseignant sur l'état des extrémités osseuses, que nous ayons affaire à la forme atrophique ou à la forme hypertrophique de l'ostéo-arthritis tabétique.

2° *Diagnostic différentiel.* — On fera le diagnostic différentiel avec les diverses arthropathies à évolution lente.

a) L'arthrite blennorragique à forme hydarthrosique, dans laquelle l'épanchement se développe souvent lentement et d'une façon indolente, mais qui se distingue bien de l'arthropathie tabétique par son évolution vers l'ankylose, alors que dans celle-ci, au contraire, le membre devient ordinairement ballant (membre de polichinelle).

b) L'ostéo-arthritis tuberculeuse, toujours beaucoup plus douloureuse, et évoluant en général sur des sujets plus jeunes, souvent porteurs d'autres lésions bacillaires (adénites, bronchite des sommets, etc.).

c) L'arthropathie syphilitique de la période tertiaire, caractérisée la plupart du temps au début par des phénomènes douloureux à exacerbations nocturnes au niveau d'une extrémité osseuse, phénomènes douloureux qui n'existent pas dans l'arthropathie tabétique.

Un peu plus tard, le diagnostic entre ces deux affections se fera mieux par l'apparition possible, dans l'arthrite spécifique, d'une fistule donnant issue à un liquide visqueux peu abondant (pseudo-tumeur blanche syphilitique de Fournier). Enfin, en cas d'arthrite spécifique, le traitement d'épreuve donne toujours de bons résultats, tandis qu'il est d'ordinaire inefficace dans les arthropathies d'origine tabétique.

VI. — PRONOSTIC; EVOLUTION

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, il existe à cet égard deux formes d'arthropathies tabétiques, une forme bénigne qui n'est à proprement parler qu'une hydarthrose dans laquelle le liquide épanché se résorbe assez rapidement, et une forme grave, à évolution prolongée, dans laquelle cette résorption ne s'effectue qu'à la longue, en même temps que se produisent des destructions osseuses irréparables (forme atrophique); ou au contraire dans laquelle les parties molles péri-articulaires sont envahies par des nécformations osseuses, cependant que les surfaces articulaires s'hypertrophient, restreignant de plus en plus les mouvements (forme hypertrophique). Dans ces deux derniers cas, le résultat est le même: c'est la perte fonctionnelle du membre lésé.

VII. — TRAITEMENT

Le traitement doit s'adresser d'abord à l'affection causale. Ce sera le traitement général du tabes. Dans tous les cas — comme chez nos deux malades — où les sujets présentent dans leurs antécédents, soit une syphilis avouée, soit seulement un Wassermann positif, il faut instituer le traitement antisyphilitique mixte, mercure et iodure à fortes doses. Il sera bon également d'avoir recours au novarsénobenzol en injections intra-veineuses ou hypodermiques.

Même dans les cas à Wassermann négatif et à syphilis douteuse, il vaut mieux essayer dès le début, au moins pendant un mois, le traitement spécifique. Si, après ce laps de temps, il n'a donné aucun résultat appréciable, on peut alors le cesser.

Les autres traitements généraux, électrothérapie, hydrothérapie, mécanothérapie doivent être employés avec prudence et discernement suivant les cas.

Au point de vue local le traitement de l'arthropathie tabétique est purement symptomatique : immobilisation du membre dans une gouttière ouatée, léger pansement compressif sur l'articulation atteinte, massages précoces des masses musculaires voisines pour éviter une amyotrophie toujours à redouter, ponction aseptique de la capsule articulaire en cas d'épanchement trop volumineux.

En général, « étant donné la gravité de l'affection ner-

veuse causale, de la multiplicité fréquente des lésions osseuses, de leur étendue, l'intervention, par la résection ou l'amputation, ne paraît guère recommandable » (Forgue).

Cependant il y a parfois intérêt, quand il s'agit de malades assez jeunes et de formes à lésions osseuses relativement peu étendues, à pratiquer l'arthrotomie.

Sabrazès, dans un récent article à ce sujet, cite deux cas opérés avec plein succès.

Il s'agissait dans les deux cas de deux femmes assez jeunes. La première fut opérée par Villar il y a quelques vingt ans. « Cette malade, grâce à l'égénéralisation des surfaces articulaires et malgré l'absence d'ankylose, peut à l'aide d'un appareil en cuir qui emboîte le genou, marcher et vaquer à ses occupations parfois pénibles. Le résultat est excellent ».

Il s'annonce, paraît-il, non moins bon chez l'autre malade, opérée il y a peu de temps par le docteur Lacouture.

VIII. — CONCLUSIONS

I. — En présence de toute arthropathie à début brusque, mais à évolution prolongée, avec volumineux gonflement indolore de l'articulation et des régions avoisinantes, il faut songer au tabes et rechercher les signes de la période pré-ataxique: abolition du réflexe rotulien, signe d'Argyll, troubles de la vision, douleurs fulgurantes...

II. — Au point de vue pathogénique, l'arthropathie du tabes est due à un trouble trophique d'origine nerveuse probablement périphérique, dont le point de départ se trouverait dans une lésion des nerfs sensitifs.

III. — Le diagnostic, souvent délicat au début, doit être fait avec toutes les arthropathies à évolution lente: arthropathies blennorragiques, syphilitiques et tuberculeuses... Il est d'ordinaire rapidement confirmé par l'apparition du Romberg et de l'incoordination motrice.

IV. — Le pronostic dépend surtout de l'état général. Il est le plus souvent grave comme le pronostic de l'affection causale elle-même, et aussi parce que dans les formes sérieuses l'évolution progressive aboutit à la perte fonctionnelle du membre lésé. Cependant il existe des formes bénignes, qui évoluent naturellement vers la guérison, mais elles sont rares.

V. — Le traitement est général et local. Le traitement général est celui du tabes : traitement antisyphilitique, hydrothérapie, électrothérapie, etc.

Le traitement local consiste, suivant les cas, en l'immobilisation dans des appareils prothétiques ou, lorsque les lésions osseuses sont peu étendues et peu nombreuses, en arthrotomies précoces (Sabrazès).

IX. — OUVRAGES CONSULTÉS

- CHEVALIER. — Ostéo arthropathie tabétique du cou-de-pied. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1919, p. 444.
- CHAMPAGNE. — Du tabes; de l'étiologie des troubles viscéraux et de l'anatomie pathologique. *Union médicale du Canada*, Montréal, 1908, p. 290-297.
- DELBET. — Arthrite tabétique. *Progrès médical*, Paris, 1919, p. 104.
- GALLOTTI et AZEVADO. — Contribution à l'étude de la pathogénie du tabes. *Revue neurologique*, Paris, 1919, p. 489-92.
- GOUGEROT et QUELLIEN. — Réflexes tendineux variables au début du tabes; importance pratique, diagnostique et pronostique de la variabilité des réflexes. *Annales des maladies vénériennes*, Paris, 1916, p. 705-717.
- GUILLAIN et BARRÉ. — Abolition précoce du réflexe péronéo-fémoral postérieur chez un tabétique polyurique. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1917, p. 901.
- GUILLAIN, BARRÉ et STROHL. — Etude par la méthode graphique des réflexes tendineux dans le tabes. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1917, p. 295-307.

HAMEL. — Tabes dorsalis. *Union médicale du Canada*.
Montréal, 1917-18.

LEREBOULLET. — Le réflexe achilléen dans le tabes. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1917, p. 551.

LÉRI et THIERS. — Amyotrophie des pectoraux et du trapèze chez un tabétique. *Revue neurologique*, Paris, 1918, p. 189-196.

MARINESCO. — Recherches sur la sensibilité vibratoire. *Presse médicale*, 13 août 1904.

— Nouvelle contribution à l'étude et à l'existence d'anesthésie ou d'anesthésie et d'hypertermie locales dans l'arthropathie tabétique. *Mémoires de la Société de biologie*, Paris, 1916, p. 877-79.

SABRAZÈS. — Que faire dans l'arthropathie tabétique du genou? *Gazette hebdomadaire de la Société des sciences médicales de Bordeaux*, 1920, p. 269.

SICARD et ROGER. — Ostéo-arthropathie tabétique typique du genou. *Marseille médical*, 1918, p. 945.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 17 février 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 16 février 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
